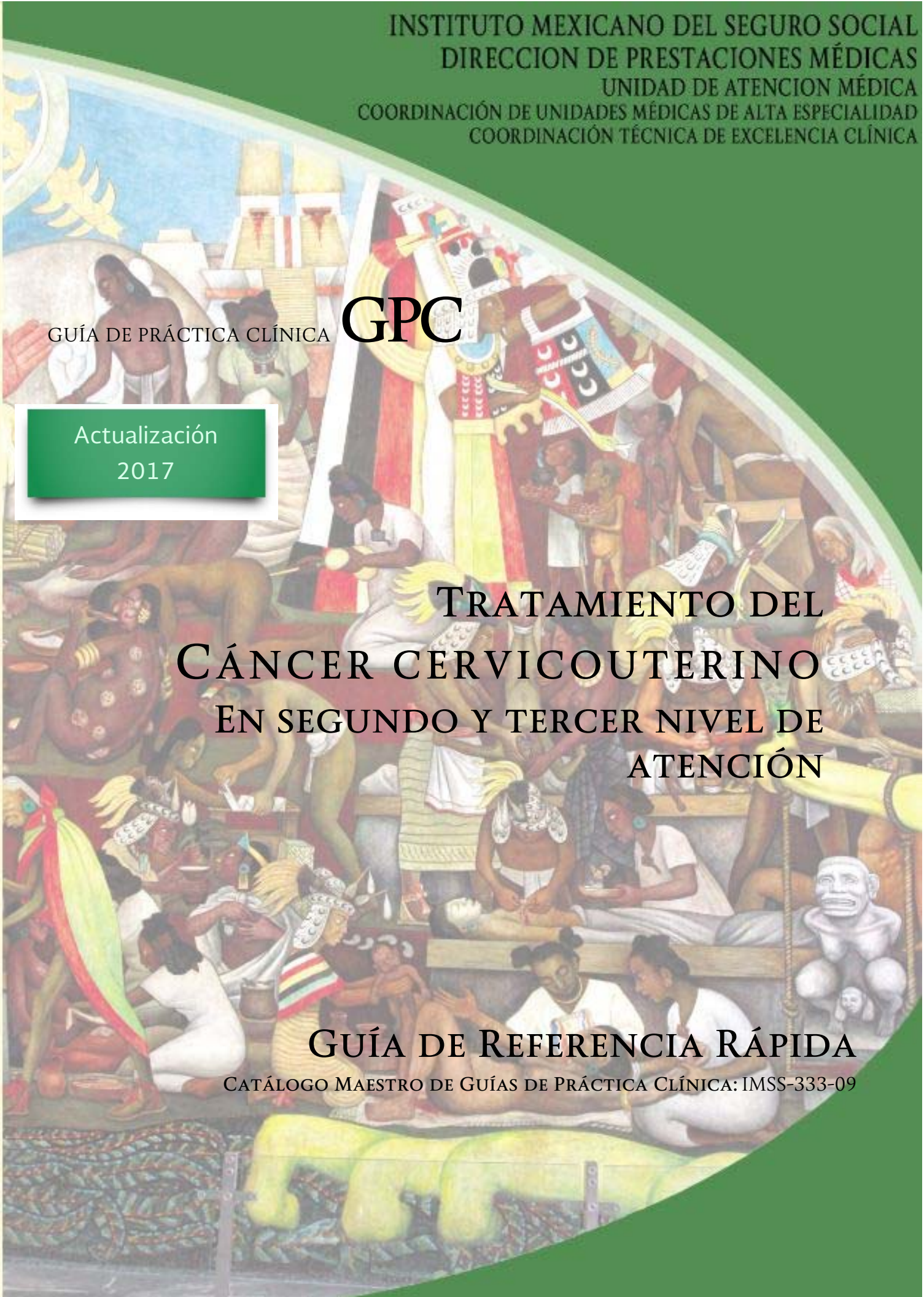
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCION MÉDICA
COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD
COORDINACIÓN TÉCNICA DE EXCELENCIA CLÍNICA



GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

Actualización
2017

Tratamiento del Cáncer cervicouterino

En segundo y tercer nivel de atención

Guía de Referencia Rápida

Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-333-09

Durango 289- 1A Colonia Roma
Delegación Cuauhtémoc, 06700 México, DF.
Página Web: www.imss.gob.mx

Publicado por Instituto Mexicano del Seguro Social
© Copyright **Instituto Mexicano del Seguro Social** "Derechos Reservados". Ley Federal de Derecho de Autor

Editor General
Coordinación Técnica de Excelencia Clínica
Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad
2017

La guía de referencia rápida tiene como objetivo proporcionar al usuario las **recomendaciones clave** de la guía **Tratamiento del Cáncer Cervicouterino en Segundo y Tercer nivel de atención**, seleccionadas con base a su impacto en salud por el grupo desarrollador, las cuales pueden variar en función de la intervención de que se trate, así como del contexto regional o local en el ámbito de su aplicación.

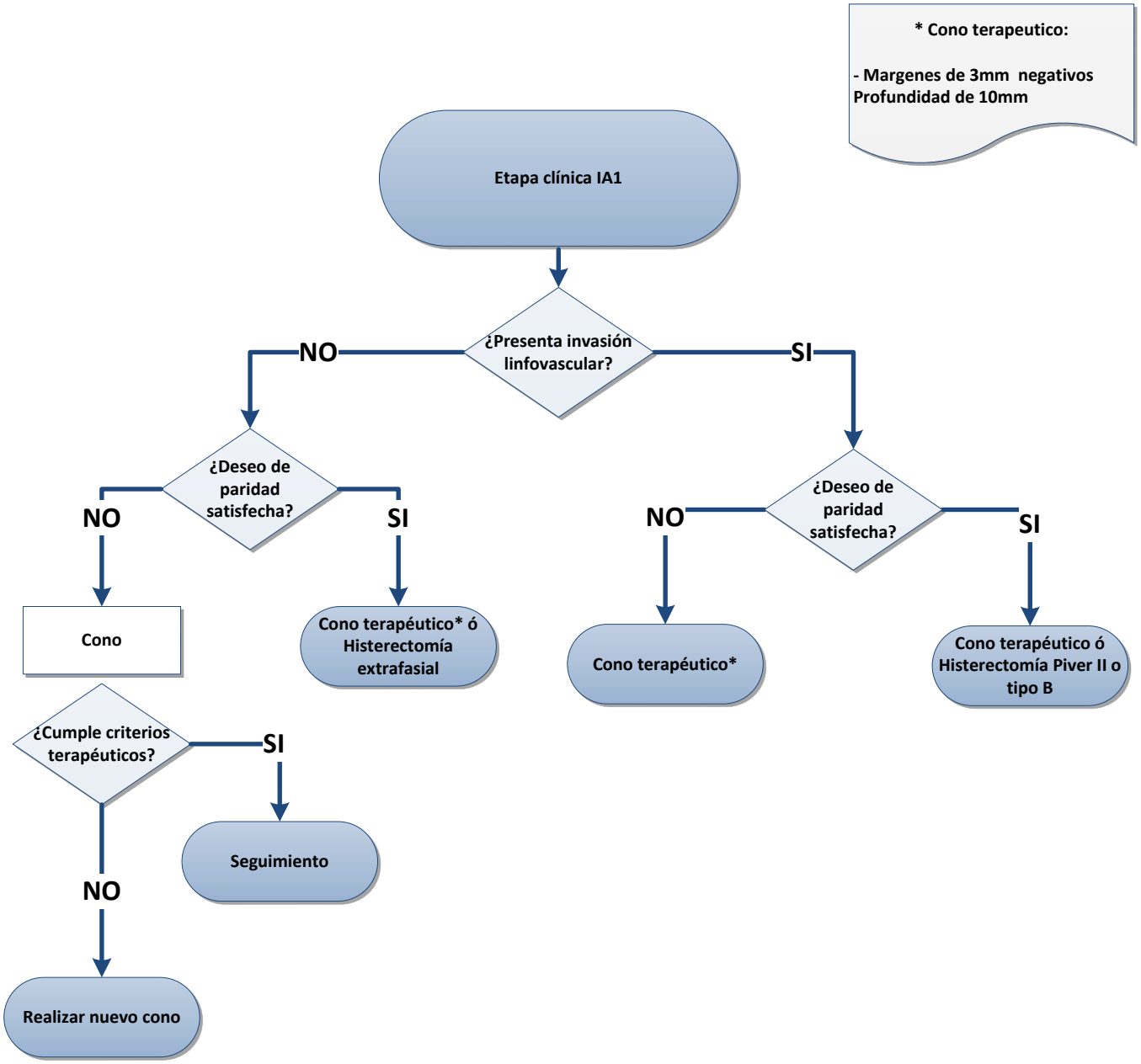
Para mayor información, se sugiere consultar la guía en su versión extensa de **"Evidencias y Recomendaciones"** en el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, la cual puede ser descargada de Internet en:
http://imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc
http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html

Debe ser citado como: **Tratamiento del cáncer cervicouterino en segundo y tercer nivel de atención.** Ciudad de México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 2017.
Disponible en: http://imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc
http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html

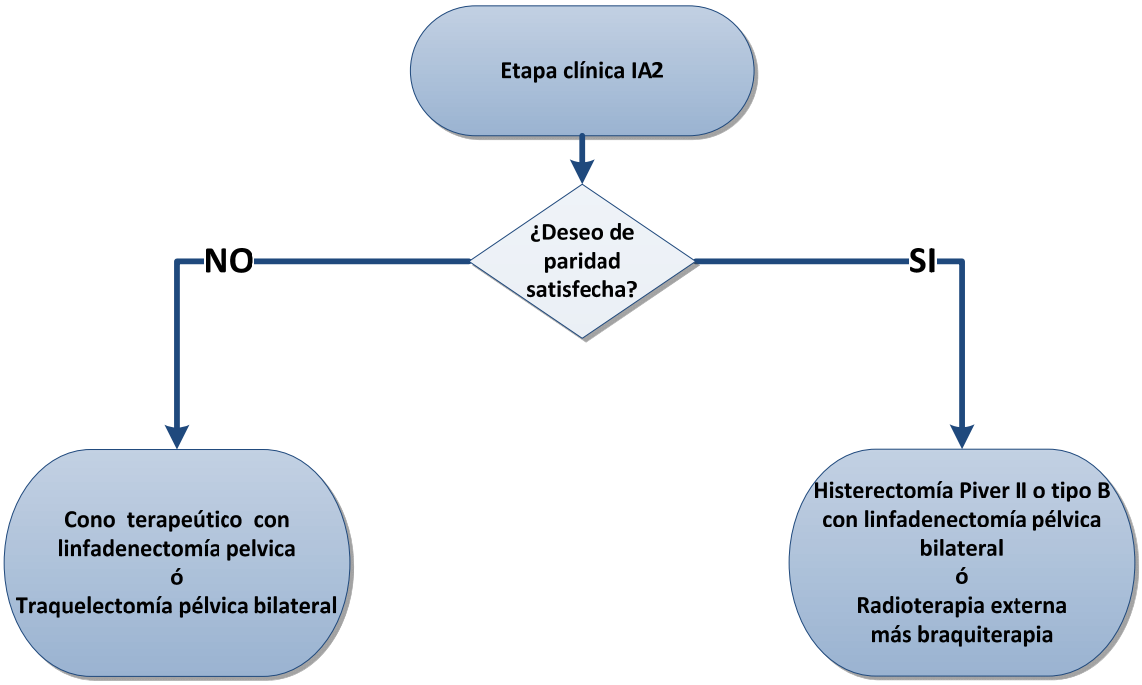
ISBN: 978-607-8290-01-7

1. Diagramas de Flujo

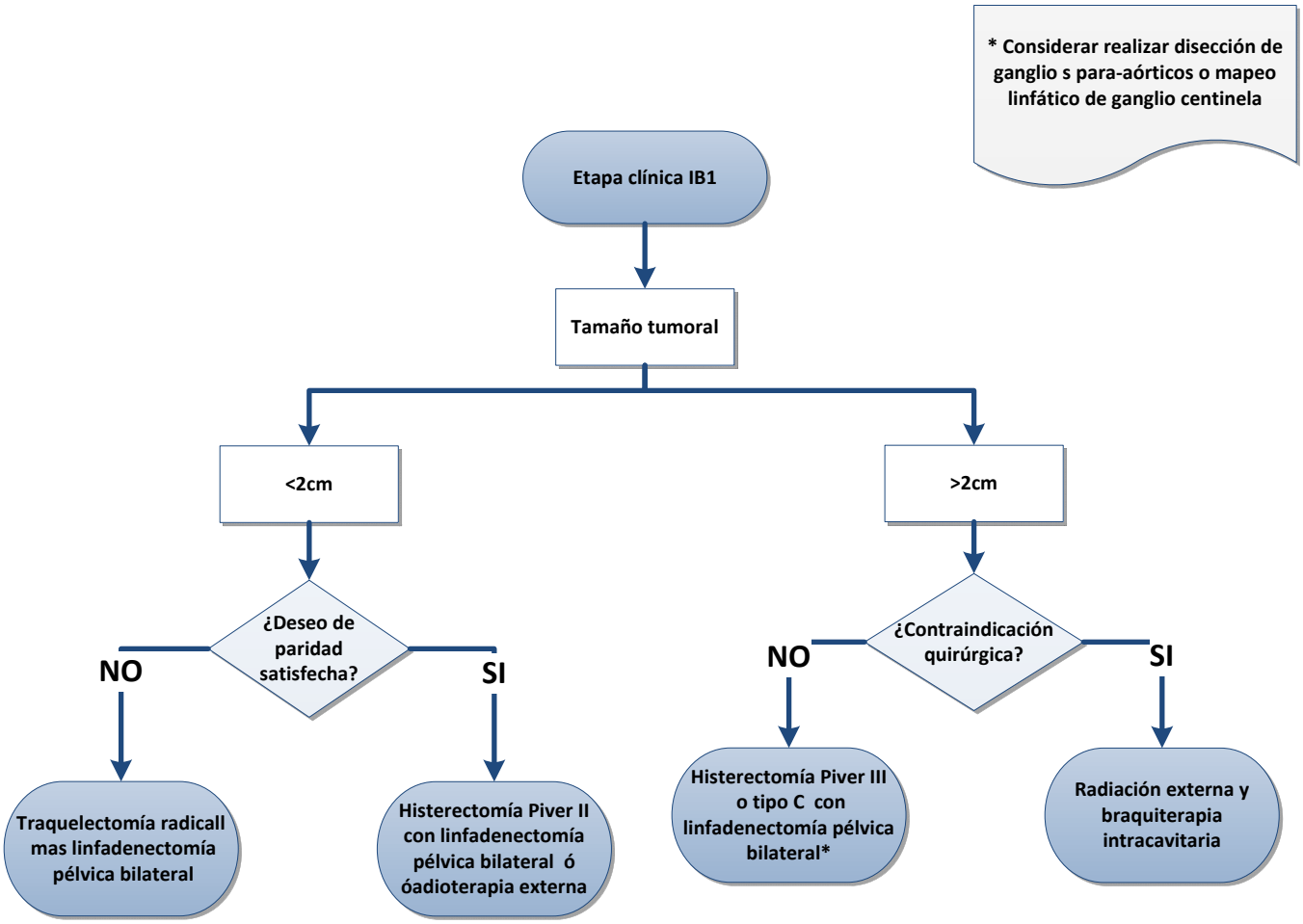
Algoritmo 1. Tratamiento del Cáncer Cervico-uterino etapa clínica IA1.



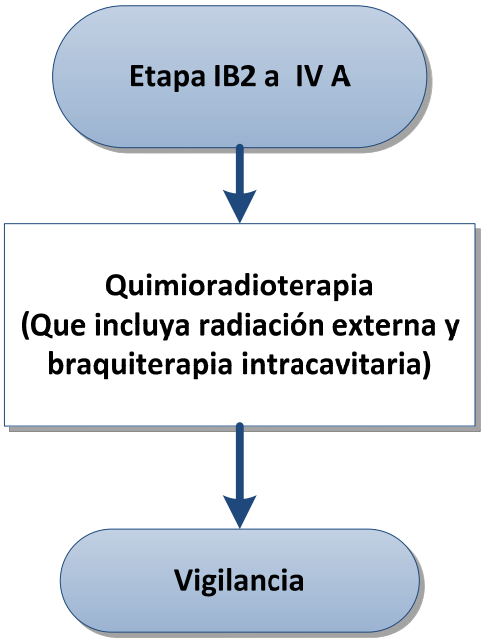
Algoritmo 2. Tratamiento del Cáncer Cervico-uterino etapa clínica IA2.



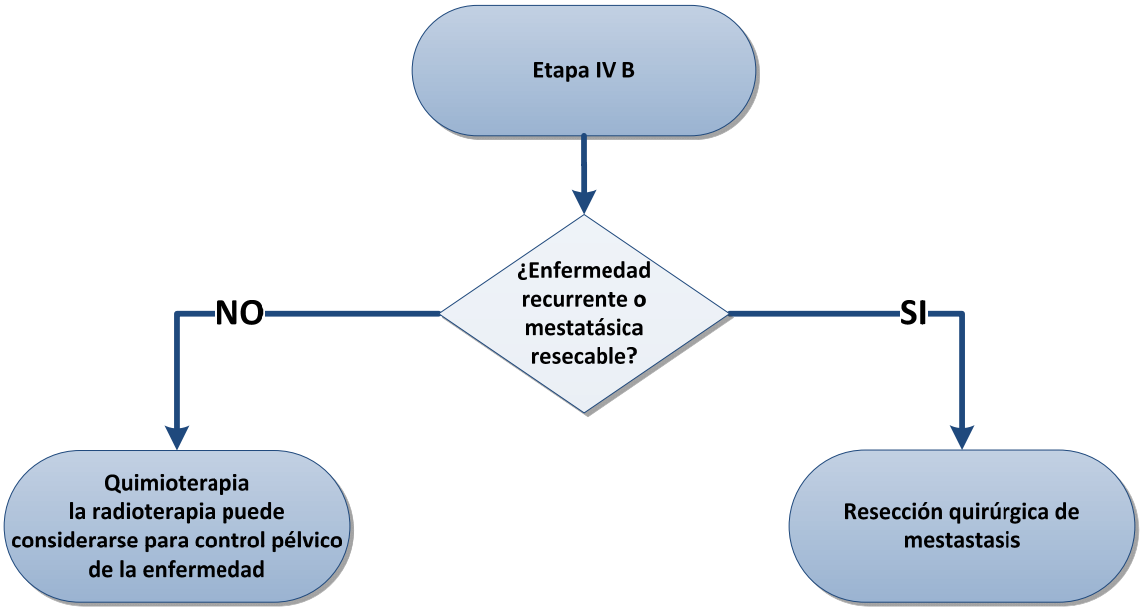
Algoritmo 3. Tratamiento del Cáncer Cervico-uterino etapa clínica IB1.



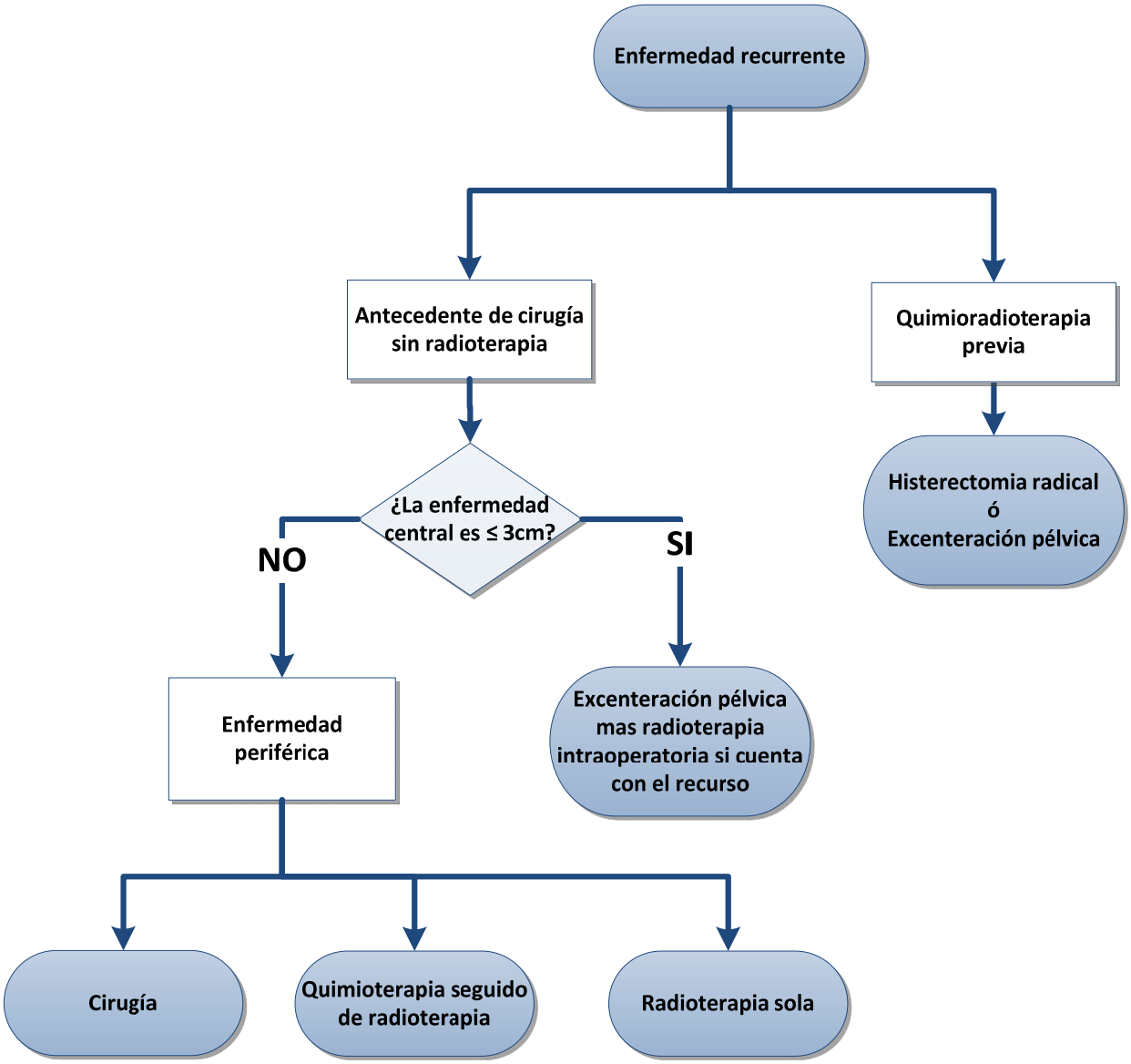
Algoritmo 4. Tratamiento del Cáncer Cervico-uterino etapa clínica IB2 - IVA.



Algoritmo 5. Tratamiento del Cáncer Cervico-uterino etapa clínica IVB.



Algoritmo 6. Tratamiento de la enfermedad recurrente.



2. Estadificación de la paciente con cáncer cervicouterino (CaCu)

EVALUACIÓN CLÍNICA

Recomendación Clave	GR*
El estudio de todas las pacientes con cáncer cérvico-uterino debe incluir historia clínica, exploración física completa, realización de citología cervical y toma de biopsia de sitio representativo de la lesión, preferentemente guiada por colposcopia realizada por personal calificado.	**B**
El exámen físico de la paciente con cáncer cervico-uterino, es recomendable incluya: • Tacto rectovaginal • Valoracion de: cérvix, fondos de saco, paredes vaginales, parametrios, tabiques rectovaginal y vésicovaginal así como pared pélvica. • Valoracion de regiones ganglionares: supraclaviculares, axilares e inguinales. • Exploración de abdomen.	**2A**
Para la estadificación clínica del cáncer cervicouterino es recomendable utilizar los criterios emitidos por la FIGO 2010 (*Ver Anexo 5.3 Cuadro 1*).	**2A**
En pacientes con sospecha clínica de lesiones a distancia se sugiere realizar en forma selectiva: a) Tele de tórax. b) Tomografía Computada, Resonancia Magnética PET-CT. c) Cistoscopia y rectosigmoidoscopia, (en pacientes con sospecha de infiltración a vejiga o recto). Se decidirá el estudio de acuerdo a los recursos de cada centro hospitalario.	**3**
Ante el diagnostico citológico de carcinoma, se recomienda realizar biopsia guiada por colposcopia para corroborar el diagnóstico.	**C**

TRATAMIENTO

Recomendación Clave	GR*
Se considera como cono terapeútico cuando se reporta por histopatología: • Margen negativo de 3 mm	**2A**

• Profundidad del cono mínima de 10mm • Sin invasión linfovascular • Colposcopia adecuada (satisfactoria).	
En pacientes que no son candidatas a cirugía debido a comorbilidades o mal estado funcional, se recomienda teleterapia y braquiterapia.	**2B**
Bajo circunstancias especiales en pacientes con histología diferente a epidermoide o adenoescamoso. (Neuroendocrino, de células pequeñas, carcinoma adenoideo quístico, etc), se debe particularizar el tratamiento y envío a centro oncológico especializado.	**2A**
Para las pacientes con riesgo intermedio o alto de recurrencia posterior a cirugía se les otorga radioterapia adyuvante 45-50.4Gy a pelvis más braquiterapia intracavitaria 30-35Gy en baja tasa de dosis o su equivalencia biológica el alta tasa de dosis. Para las pacientes con alto riesgo de recurrencia, además de RT se debe otorgar además quimioterapia concomitante a base de Cisplatino.	**2A**
Todas las pacientes que reciban Quimioterapia/Radioterapia concomitante deben concluir el tratamiento dentro de las primeras 8 semanas.	**D**
Las intervenciones paliativas deben basarse en las necesidades de la paciente y de su familia, más que en un plazo de supervivencia esperada.	**D**
La resección de metástasis puede ser considerada en casos seleccionados con menos de 2 lesiones, variedad epidermoide intervalo libre de enferemdad mayor a 12 meses.	**2**
En toda paciente con antecedente de cáncer cervico-uterino que durante su vigilancia se observe por imagen lesión única a distancia sospechosa de metástasis, es recomendable analizar el caso en sesión conjunta para seleccionar los casos que son susceptibles de tratamiento quirúrgico.	**2A**

SITUACIONES ESPECIALES

Recomendación Clave	**GR***
Los centros oncológicos que tratan a pacientes embarazadas deben analizar los casos por un comité multidisciplinario, individualizando el problema y con el consentimiento informado de la paciente.	**2A**
La evaluación por historia clínica y examen físico es el primer paso en la evaluación de la paciente con embarazo y cáncer.	**2**

Los 5 criterios que rigen el tratamiento de cáncer cervicouterino en el embarazo son: • Etapa clínica (tamaño tumoral) • Edad gestacional • Estadio de ganglios linfáticos • Subtipo histológico • Deseo de la paciente de continuar el embarazo.	**1**

SEGUIMIENTO

Recomendación Clave	GR*
La vigilancia se llevara a cabo con la exploración física en cada consulta, citología anual, colposcopia cuando se cuente con el recurso. Los estudios de imagen (TT, TC, PET, RM) están indicados con presencia de síntomas o hallazgos clínicos de sospecha de recurrencia. La revisión clínica se efectúa: • Cada 3-6 meses los 2 primeros años. • Del tercero al quinto año cada 6-12 meses. Después del 5° año revisión anual, aunque hay que individualizar el riesgo de recurrencia en cada paciente.	**2A**

*Grado de Recomendación

3. CUADROS O FIGURAS

Cuadro 1. Sistema de Estadificación para el Cáncer del Cuello Uterino de acuerdo a la AJCC (American Joint Committee on Cancer) y la FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics).

Categoría	Estadio	Interpretación
TX	--	Tumor primario no valorable
T0	--	Sin evidencia de tumor primario
Tis	0	Carcinoa In situ
T1	1	Carcinoma in situ confinado al cérvix (debe descartarse la extensión al cuerpo uteino=
T1a	Ia	Carcinoma invasivo diagnosticado por nicroscopía. Todas las lesiones macroscópicamente visibles- incluso con invasión superficial- son T1b/Ib. Invasión estromal con un máximo de profundidad de 5 mm medidos de la base del epitelio, y una diseminación horizontal menor a 7 mm. La invasión al espacio vascular, venoso o linfático no afeta la clasificación
T1a1	Ia1	Invasión estromal no más prfunda de 3 mm y no mayor de 7 mm de diseminación horizontal
T1a2	Ia2	Invasión estromal mayor de 3mm , pero no menor de 5 mm y no mayor de 7 mm de diseminación horizontal.
T1b	Ib	Lesión visible limitada al cérvix o enfermedad microscópica mayor que T1a2/Ia2
T1b1	Ib1	Lesión clínicamente visible no mayor de 4 cm.
T1b2	Ib2	Lesión clínicamente visible mayor a 4 cm
T2	II	El tumor se extiende más allá del útero, pero no a las paredes laterales de la pelvis, ni al tercio inferior de la vagina.
T2a	IIa	Compromiso vaginal sin compromiso parametrial.
T2b	IIb	Tumor con compromiso parametrial
T3	III	El tumor se extiente a las parees laterales de la pelvis, causa hidronefrosis o se extiende al tercio inferior dela vagina.
T3a	IIIa	Compromiso del tercio inferior de la vgina sin extensión a la pared pélvica.
T3b	IIIb	Tumor que se extiende a la pared pélvica y/o causa hidronefrosis o desfuncionaliza el riñón.
T4	IVa	Tumor que invade la mucosa de la vejiga o recto, y/o se extiende más allá de la pelvis verdadeda.
M1	IVb	Metástasis a distancia

Ganglios linfáticos regionales (N)	
NX	Ganglios linfáticos regionales no valorables
N0	Sin metástasis a ganglios linfáticos regionales
N1	Metástasis a gánglios linfáticos regionales

Metástasisi a distancia (M)	
MX	Metástasis a distancia no valorables
M0	Sin metástasis a distancia
M1	Con metástasis a distancia

Estadios por Grupo			
Estadio	**T**	**N**	**M**
0	Tis	N0	M0
Ia1	T1a1	N0	M0
Ia2	T1a2	N0	M0
Ib1	T1b1	N0	M0
Ib2	T1b2	N0	M0
IIa	T2a	N0	M0
IIb	T2b	N0	M0
IIIa	T3a	N0	M0
IIIb	T1 T2 T3a T3b	N1 N1 N1 Cualquier N	M0 M0 M0 M0
IVa	T4	Cualquier N	M0
IVb	Cualquier T	Cualquier N	M1

Tomado de: Chavaro VN, Arroyo HG, Alcazar LF, Muruchi GGM, Pérez Zuñiga I. Cáncer cervicouterino. Anales de Radiología México.2009;1:61-79.